

Légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté?

Le questionnement entourant la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté refait périodiquement surface au Québec, que ce soit par l'entremise de cas médiatisés ou de prises de positions tranchées. À l'automne 2009, il était propulsé à l'avant-plan de la scène publique par trois associations médicales et par l'Assemblée nationale, contribuant ainsi à lancer un débat social qui pourrait déchirer les passions en 2010. Le magazine *Quoi de neuf* vous propose donc, dans ce numéro, un article visant à poser quelques jalons de réflexion au sujet de cette délicate question.¹



Marcel J. Mélançon, Ph. D., M.Sc.
Professeur associé
Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
marcel.melancon@uqac.ca

L'avènement possible, au Québec, d'une vision, d'une éthique et d'une pratique sociale nouvelles qui intégreraient l'euthanasie et le suicide assisté dans la pratique médicale des soins de fin de vie modifierait considérablement nos conceptions de la fin de vie, du mourir, de la médecine, de

la pratique médicale, des relations patients-médecins et des relations entre professionnels de la santé.

Au surplus, la réflexion individuelle, institutionnelle, juridique, éthique et sociale est interpellée, car l'éventuel encadrement légal d'une pratique médicale entérinée par un consensus social deviendra, à toutes fins utiles, irréversible. D'où l'importance de bien réfléchir à la question et, au préalable, de clarifier certains concepts et d'effectuer certains rappels historiques.



La situation au Québec et au Canada

D'entrée de jeu, rappelons qu'à l'étranger, divers pays ou États occidentaux ont légiféré sur l'euthanasie médicale ou le suicide médicalement assisté en établissant certaines conditions. Ainsi, en Europe, les Pays-Bas (2002), la Belgique (2002) et récemment le Luxembourg (2009) ont légiféré. Aux États-Unis, cinq États ont légalisé l'aide médicale au suicide en autorisant un médecin à prescrire des doses létales aux personnes qui en font la demande, notamment l'État de Washington (*Death with Dignity Act*, 2009) et l'Oregon (1998).

Au Québec, trois associations médicales sont intervenues publiquement sur la question à l'automne 2009 et, de son côté, le Parlement québécois proposait un débat social sur le sujet.

D'abord, la *Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)* diffusait les résultats d'un sondage auprès de ses membres, le 13 octobre 2009; « Les questions ne portaient que sur l'euthanasie vue sous l'angle des soins appropriés de fin de vie et non sur le suicide assisté ». Parmi les 8 717 membres de la Fédération, 2 025 médecins ont répondu au questionnaire. De ce nombre, 84 % étaient favorables à un débat sur le sujet au Québec, 75 % à une législation fédérale, 76 % à une prise de position publique, 81 % reconnaissaient que l'euthanasie est pratiquée au Québec, mais 20 % ne la pratiqueraient pas. La presse a réagi au fait de considérer l'euthanasie dans un contexte de « soins appropriés de fin de vie ».

Peu après, à la fin octobre 2009, la *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)* divulguait les résultats de la consultation auprès de ses membres portant sur l'euthanasie et les soins de fin de vie, mais pas sur le suicide assisté. Parmi les 7 600 membres de la Fédération, 1 086 médecins ont répondu. De ce nombre, 74,1 % étaient favorables à l'adoption de balises permettant le recours à l'euthanasie, 52,7 % affirmaient que l'euthanasie se pratique au Québec, 88,5 % estimaient qu'il était urgent de clarifier la notion de soins à offrir aux patients du début à la fin de la vie. De plus, si l'euthanasie était décriminalisée, 71,3 % seraient prêts à y recourir dans leur pratique. On reconnaissait que la décision de décriminaliser l'euthanasie revenait à la société et non aux médecins.

Enfin, le *Collège des médecins du Québec* diffusait à son tour, le 3 novembre 2009, un document de réflexion : « Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion ». Son communiqué de presse soulignait que, dans la majorité des cas, l'analgésie appropriée suffirait à assurer que le patient, en phase terminale, décède avec dignité. « Mais il y a des situations d'exception où l'agonie et la souffrance se prolongent et où on demande aux médecins de poser des actes qui pourraient être interprétés comme interdits par le Code criminel. Selon nous, plusieurs de ces gestes correspondent à des soins médicaux appropriés ». Le *statu quo* législatif ne refléterait pas la réalité clinique et limiterait le développement des soins appropriés en fin de vie. On y invitait les médecins, la population et les autorités concernées à poursuivre le débat. Ces conclusions découlaient du rapport du groupe en éthique clinique du Collège.

« **L'euthanasie et le suicide assisté sont souvent présentés comme s'il n'existait qu'une seule façon de mourir dignement, à savoir celle d'être euthanasié ou de se suicider avec l'aide d'un médecin.** »

Divers intervenants dans les médias se sont interrogés sur les raisons de cette initiative des organisations médicales de lancer le débat sur l'euthanasie et, notamment, sur l'intégration de l'euthanasie parmi

les « soins appropriés de fin de vie ».

Pourquoi le corps médical québécois lance-t-il le débat? Plusieurs hypothèses sont possibles, et certaines sont émises par les associations médicales elles-mêmes. On peut retenir les suivantes : étant sur la ligne de front dans la médecine de fin de vie, les médecins sont confrontés de plein fouet à des situations d'exception où la médecine ne peut plus rien pour atténuer les souffrances intolérables de certains patients. D'autres voient l'hypocrisie de la société qui ferme les yeux sur les pratiques clandestines d'euthanasie. D'autres pensent qu'il serait temps de revoir le système judiciaire canadien en fonction de l'opinion sociale et des actes médicaux « discrets », en posant des conditions strictes pour baliser la pratique médicale en fin de vie et permettre d'anticiper ou de provoquer le décès dans des situations d'exception.

L'amorce d'un débat social

L'Assemblée nationale du Québec, pour sa part, sanctionnait officiellement la tenue d'un débat social sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, en novembre 2009. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans la foulée

des organisations médicales, jugeait que la société québécoise était mûre pour une telle réflexion collective.

Au Canada, le projet de loi C-384, parrainé par le Bloc québécois (*Projet Lalonde*), est déposé pour une troisième fois à la Chambre des communes, afin de décriminaliser l'euthanasie et l'aide médicale au suicide qui sont, dans l'état actuel du droit canadien, des actes criminels.

Les sondages d'opinion, dans la population québécoise et canadienne, donnent sensiblement les mêmes résultats : les trois quarts des répondants sont favorables à l'euthanasie. Au Québec, 77 % y sont favorables. Au Canada, la moyenne varie autour de 75 % depuis les années 1990.

L'association québécoise « Mourir dans la dignité » (AQDMD) milite en faveur d'une politique sociale et légale pour le « mourir dans la dignité » par euthanasie et par suicide assisté.

Mais qu'entend-on chez les professionnels de la santé, les sondeurs et les sondés, par « dignité », « mourir dans la dignité », dans le cas de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide?



Mourir dans la dignité VS Droit de mourir dans la dignité

On réclame le « droit de mourir dans la dignité ». Que recouvre cette expression? Que signifie « dignité » dans le mourir?

Le sens critique s'impose, de prime abord, face à la possibilité d'une manœuvre linguistique ou sémantique, laquelle peut manipuler ou fausser le débat. L'euthanasie et le suicide assisté sont souvent présentés comme s'il n'existait qu'une seule façon de mourir dignement, à savoir celle d'être euthanasié ou de se suicider avec l'aide d'un médecin. Dans cette perspective, ceux qui n'accepteraient pas l'euthanasie et le suicide assisté n'accepteraient pas de mourir dans la dignité ou que d'autres meurent dans la dignité...

Cette ambiguïté semble entretenue par certains promoteurs, groupes d'intérêts, organisations militantes pro-euthanasie qui jouent cette carte à des fins politiques, émotionnelles ou autres.

Ainsi, certains mouvements nationaux ou internationaux (*Dignitas, Exit, Hemlock, Right to Die*, etc.) ont leur porte-étendard, comme J. Kevordian (É.-U.) ou P. Nitschke (Australie). Très organisés, possédant leur site Internet, ils présentent l'euthanasie ou le suicide assisté comme étant, en fait, la seule façon de « mourir dans la dignité ».

La revendication du droit de mourir dignement, par contre, trouve sa justification éthique et s'explique historiquement. Elle s'est développée progressivement en réaction contre « l'acharnement thérapeutique ».

Elle est apparue au cours des années 1960, lorsque les progrès des technologies biomédicales (chirurgies, transplantations, respirateurs, pharmacologie, dialyse, réanimation, etc.) ont déphasé l'éthique traditionnelle face à une médecine nouvelle qui exigeait une mise à jour de l'éthique médicale. Le recours à ces technologies donnait lieu à de « l'acharnement thérapeutique » qui pouvait prolonger indûment certains patients dans certaines conditions cliniques, telle Karen A. Quinlan maintenue en coma irréversible de 1975 à 1985.

D'une façon plus générale, la revendication du droit à l'autonomie dans sa propre vie remonte aux philosophes grecs et romains, notamment les stoïciens (du IV^e s. av. J.-C. au V^e s.). L'empereur Marc-Aurèle, le philosophe Sénèque, le politicien

Cicéron, par exemple, reconnaissent la souveraineté de l'homme sur sa vie et sa destinée, et admettaient la moralité du suicide dans certaines circonstances pour l'homme libre.

Historiquement, on reconnaissait comme moral, voire honorable, de s'enlever la vie pour ne pas tomber aux mains de l'ennemi (Saül se jette sur son épée), ou de donner « le coup de grâce » au soldat mourant, par compassion pour lui. C'était dans des circonstances d'exception. L'euthanasie et l'aide au suicide se situeraient-elles dans le sillage de ces cas d'exception en médecine de fin de vie?

La dignité dans le vivre et le mourir

Le concept de dignité est au fondement des déclarations internationales des droits humains, de la Déclaration universelle des droits de l'Homme, et des chartes des droits et libertés. Le principe fondamental du respect de la dignité humaine est également le fondement des éthiques et des morales occidentales.

De quelle « dignité » parlons-nous dans l'expression « droit de mourir dans la dignité »? La dignité peut se définir comme étant « ce qui mérite le respect » à cause de la valeur qu'on lui attribue. Elle peut se concevoir de façon extrinsèque ou intrinsèque. Dans le premier cas, c'est la dignité du point de vue social, celle que les autres, comme individus ou comme société, nous attribuent, voire nous enlèvent, comme chez les esclavagistes ou les nazis; la dignité est alors susceptible de plus et de moins et est variable selon la valeur que l'on nous attribue ou non.

Dans le second cas, il s'agit de la dignité inhérente à la nature même de l'être humain, celle de personne humaine dotée de nature humaine. Elle est possédée intrinsèquement du seul fait que nous sommes des personnes conscientes et libres, à la différence des autres vivants. On est humain ou on ne l'est pas. Que l'être humain ait ou non la possibilité d'exercer les activités de conscience et de liberté découlant de sa constitution personnelle ne lui enlève en rien sa dignité et le respect qu'on lui doit.

Le philosophe Emmanuel Kant (XVIII^e s.), père de l'éthique contemporaine, est le premier à traiter explicitement

de dignité humaine dans la littérature éthique. Brièvement, il soutient que la dignité humaine réfère à la valeur inviolable et incomparable des êtres humains, valeur qu'ils possèdent en vertu de leur conscience et de leur capacité d'auto-détermination dans leurs choix rationnels.

« Le droit de mourir avec dignité revient donc à revendiquer le droit d'être respecté en tant que personne humaine. »

Ainsi, un patient en phase terminale, même détérioré mentalement, possède encore la dignité humaine, même s'il n'est plus apte à gérer ses décisions et sa vie. Au Canada,

le Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté le souligne « ...[D]ying with dignity is not simply a matter of controlling the time or means of death but involves the right to receive, up to the end, the care to relieve one's suffering and to be surrounded by human attention and compassion. It is the right to feel one still has value as a person. Dignity exists when one faces the final stages of life with a feeling of self-worth and with the care, solicitude and compassion to which all human beings are entitled. »

Le droit de « mourir avec dignité » revient donc à revendiquer le droit d'être respecté en tant que personne humaine, même si on n'est plus apte à exercer les fonctions de conscience et de liberté décisionnelle qui découlent du fait qu'on soit un être humain.

La question devient alors : la dignité humaine est-elle respectée par le recours à l'euthanasie ou par l'assistance au suicide dans la pratique médicale de fin de vie et dans l'acceptation sociale de cette pratique encadrée par la loi?

Qu'entend-on par « euthanasie »?

Les définitions du concept d'euthanasie sont nettement hétérogènes dans le milieu médical, dans les médias, dans les sondages et dans le public en général. Qu'entend-on au juste par « euthanasie »? Est-ce « débrancher quelqu'un »?, « arrêter les traitements »?, passer aux « soins palliatifs »?, pratiquer « l'acharnement thérapeutique »?, « faire mourir quelqu'un »?, « laisser mourir quelqu'un »?, pratiquer une euthanasie « active »?, une euthanasie « passive »?, « mourir avec dignité »?

La confusion provient principalement d'une distinction historique établie par des théologiens du Moyen Âge, à une

époque où la technologie biomédicale était rudimentaire. Il s'agit de la distinction entre euthanasie « active » et euthanasie « passive ».

L'euthanasie dite « active » désignait une action : on pose un acte intentionnel et positif provoquant la mort d'un patient pour abrégé ses souffrances. Le motif premier était la compassion. L'euthanasie dite « passive » désignait une omission : on retire des traitements en cours ou on n'en entreprend pas de nouveaux, ce qui anticipe le décès par omission de traiter. Cette distinction est maintenant désuète, bien qu'elle circule encore; de plus, elle sème la confusion aux points de vue éthique, juridique et social. Les médias et les sondages en témoignent.

Dans son acception actuelle, « euthanasie » désigne spécifiquement ce qu'on appelait euthanasie « active ». Pour sa part, l'euthanasie dite « passive » a été remplacée par l'expression « cessation de traitement ». Ces acceptions sont maintenant retenues en éthique et en droit.

L'euthanasie : « faire mourir » quelqu'un délibérément

Quelles que soient sa formulation et l'insistance que l'on accorde à l'un ou l'autre aspect de l'euthanasie dans les lois, les organismes professionnels ou les divers écrits, l'euthanasie médicale implique, au sens strict, les trois éléments suivants : un acte positif, intentionnel, causant la mort d'une personne. D'autres aspects s'y greffent, dans diverses définitions, à savoir : pour des raisons humanitaires ou non; à la demande de la personne ou non; que celle-ci soit en phase terminale ou non (maladie dégénérative ou incurable).

En d'autres termes, l'euthanasie consiste à « faire mourir intentionnellement » quelqu'un qui mourrait de toute façon (maladie, accident, vieillesse, etc.). Elle implique les composantes suivantes : l'acte est directement et en soi porteur de mort (ex. : dose excessive d'opiacés); il y a une relation de cause à effet entre l'action du soignant et la mort du patient (le décès est dû non pas à la maladie, à la pathologie, à l'accident, ou à la condition de morbidité); il n'y a pas de visée thérapeutique dans le geste médical et sa finalité curative ou palliative; le décès est dû à l'action du soignant; l'action est positive et délibérée (intention de causer le décès).

Diverses définitions insistent ainsi sur l'un ou l'autre aspect de l'euthanasie. Ainsi : « Une intervention médicale active



Photo : PhotoDisc

en vue d'abrégé la vie à la demande expresse du patient » (Pays-Bas, projet de loi 1993); « L'acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci » (Loi belge); « Un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances » (Canada, Commission sénatoriale...).

Bref, peu importe que l'on soit favorable ou non à l'euthanasie, il faut admettre clairement et sans équivoque que l'on provoque la mort du patient qu'on ne peut plus guérir.

Le refus de traitement n'est pas de l'euthanasie

Le refus de traitement ne constitue pas de l'euthanasie. Il se présente dans des situations où le patient lui-même refuse que l'on continue les traitements en cours (la dialyse, des médicaments, le respirateur, etc.) ou décide de ne pas en entreprendre de nouveaux. Le cas le plus célèbre est celui de Nancy B. (1992) qui a été porté en Cour et dont le jugement a fait jurisprudence en droit.

La cessation de traitement ou la non-entreprise de traitement ne constituent pas de l'euthanasie. Les progrès des technologies biomédicales ont conduit à élaborer des critères généraux guidant la pratique dans le processus du « mourir ». Quand, d'une part, peut-on arrêter des traitements en cours ou ne plus en entreprendre de nouveaux et quand, d'autre part, doit-on passer aux soins palliatifs?

L'argumentaire en faveur et en défaveur

Des arguments se sont développés au cours du temps en faveur et en défaveur de l'euthanasie et, plus récemment, du suicide médicalement assisté. La littérature éthique, juridique et clinique a développé un argumentaire largement utilisé. Fondamentalement, les arguments favorables et défavorables à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté touchent aux mêmes aspects de la question. Il convient de les énumérer brièvement.

ARGUMENTS FAVORABLES

Les trois premiers arguments militant en faveur de l'euthanasie semblent dominer dans les débats.

1. La dignité humaine qui est perdue ou gravement altérée lorsque la douleur ou la souffrance sont devenues excessives et incontrôlables.
2. Un encadrement strict empêcherait, préviendrait ou diminuerait les risques d'abus possibles.
3. La personne est autonome et a le droit de décider en ce qui concerne sa vie et sa mort; la vie d'un individu n'appartient pas à Dieu, à l'État ou à autrui, mais à l'individu même.
4. À la fin de la vie, la qualité de vie est préférable à la quantité de vie; dans certaines circonstances, la mort est préférable à la vie.
5. Le patient a droit à l'assistance médicale, même en fin de vie ou en situation de maladie incurable; une des formes de solidarité humaine est celle d'aider à mourir.
6. L'éthique et le droit médical doivent évoluer en fonction du développement historique des mentalités.
7. L'euthanasie n'est pas nécessairement contraire à la médecine : elle a déjà été proposée et pratiquée au cours de l'histoire de la médecine.
8. La reconnaissance sociale et l'encadrement légal empêcheraient la pratique clandestine de l'euthanasie (à l'hôpital ou au domicile).
9. Les sondages d'opinion publique démontrent que la majorité des citoyens est favorable à l'euthanasie et à l'aide au suicide; la loi devrait en tenir compte et être modifiée.
10. Le vieillissement de la population constituera de plus en plus un fardeau social et familial.
11. Les ressources humaines et financières consacrées au maintien en vie de personnes incurables ou en phase terminale pourraient être réaffectées et consacrées à d'autres secteurs de la médecine et des soins de santé.¹

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Les deux premiers arguments dominent la littérature et les débats.

1. Les abus possibles (argument de « la pente glissante ») seraient incontrôlables; la décriminalisation de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide engendrerait des abus où des mobiles autres que la compassion entreraient en jeu (héritages, coûts, etc.).
2. La raison d'être de la médecine : elle est incompatible avec l'euthanasie et le suicide assisté; on ne peut pas tuer un patient qu'on ne peut pas guérir, ni lui prêter son expertise médicale pour s'enlever la vie; les médecins deviendraient les décideurs de la vie et de la mort de leurs patients.
3. La confiance dans les soins hospitaliers et dans la relation thérapeutique médecin/patient en serait gravement affectée (crainte d'être tué à son insu).
4. Les personnes vulnérables seraient les premières à être touchées; elles pourraient se percevoir comme un fardeau pour les proches et la société; des pressions plus ou moins avouées pourraient s'exercer sur elles pour qu'elles demandent l'euthanasie ou fassent appel au suicide assisté.
5. Progressivement, on passerait du « droit » de mourir au « devoir » de mourir quand on n'est plus utile à la société.
6. On assisterait à un « virage ambulatoire »; on glisserait progressivement de l'euthanasie *médicale* à l'euthanasie *familiale*; la pratique clinique de l'euthanasie et du suicide assisté conduirait tôt ou tard à la pratique privée (cas R. Latimer, 1994; cas S. Dufour, 2008).
7. Avec le temps et la pratique, les critères stricts du début se relâcheraient et ces deux pratiques se banaliseraient en médecine et dans le public.
8. On passerait de l'euthanasie « demandée » (volontaire) à l'euthanasie « donnée » (involontaire).
9. D'une façon plus générale, la protection de la valeur de la vie et la protection des personnes vulnérables seraient gravement détériorées en société.
10. Les jugements sur la « qualité de vie » des personnes en fin de vie demeurent toujours subjectifs; chacun possède son propre système de valeurs qui n'est pas transférable à autrui.
11. Les idéologies et les politiques en matière de santé et de fin de vie interféreraient tôt ou tard et joueraient en défaveur de la société et des citoyens (les « vies inutiles et sans valeur » dans une société de production et de consommation).
12. Il existe d'autres moyens de venir en aide aux personnes en fin de vie, notamment le recours aux soins palliatifs.

1 WARNOCK M, 2008. « If you are demented, you are wasting people's lives, your family lives, and you are wasting the resources of the National Health Service », on devrait les aider à mourir (2008). (Mary WARNOCK, éminente bioéthicienne, présidente du Warnock Report on in vitro fertilization, 1984). www.dailymail.co.uk/news/article-1058404/Old-people-dementia-duty-die-pushed-death-says-Baroness-Warnock.HTML

Par « traitement » on peut entendre une pratique médicale à but thérapeutique ou palliatif. Ainsi, retirer un respirateur (« débrancher » quelqu'un), ne pas réanimer lors d'un arrêt cardiaque, ne plus entreprendre de chirurgie, cesser une chimiothérapie, etc., constituent des arrêts de traitement. « Les soins palliatifs et les décisions de renoncer à certaines interventions de réanimation pour le maintien de la vie sont acceptables des points de vue éthique et juridique lorsqu'elles s'accompagnent de mesures et de précautions appropriées. »

Cette cessation ou non-entreprise de traitement peuvent contribuer au décès d'une personne. Mais, certaines conditions étant réalisées, elles sont légitimes en éthique et en droit.

En effet, il y a des situations où il faut abdiquer face à la condition humaine vouée à la mort, et « laisser mourir » quelqu'un parce qu'on ne peut plus le récupérer dans l'humanité. Bref, l'interruption de traitement, ou la non-entreprise de nouveau traitement curatif ne constituent pas de l'euthanasie, mais de la saine reconnaissance de la condition humaine vouée à la mort. Continuer coûte que coûte les traitements (chirurgies, médicaments, etc.) deviendrait de « l'acharnement thérapeutique ».

L'acharnement thérapeutique

En médecine, « acharnement thérapeutique » désigne le recours à des traitements qui sont devenus disproportionnés, inutiles ou futiles en fin de vie, considérant que le processus du mourir est irréversiblement amorcé et qu'on ne peut plus guérir la personne dont la vie est parvenue à son stade terminal.

L'expression « laisser mourir » quelqu'un peut prêter à équivoque si l'on ne distingue pas les situations où elle s'applique. Ainsi, « laisser mourir » un accidenté qui pourrait être ramené à la santé est inacceptable moralement et constitue une négligence criminelle au plan légal : on a le devoir moral et légal d'intervenir pour le sauver.

En fin de vie, la situation est cependant différente, et l'on est justifié de « laisser la nature et la maladie suivre leur

cours » et de ne plus s'obstiner (« s'acharner ») à guérir une personne qui ne peut plus l'être.

En effet, l'immortalité est hors de portée de la condition humaine et de la profession médicale. On ne peut donc pas maintenir quelqu'un en vie indéfiniment et il faut, lorsque le processus de mort est irréversiblement amorcé (par exemple dans le cas d'un cancer en phase terminale), ne plus s'acharner à prolonger la vie par des pratiques médicales qui, pertinentes en d'autres situations, s'avèreraient inappropriées en fin de vie. Elles prolongeraient le mourir et la situation douloureuse qui peut lui être associée.

On quitte alors les traitements curatifs pour passer à un autre type d'intervention médicale, celui des « soins palliatifs ».

Les « soins palliatifs » et leur justification

Les « soins palliatifs » sont diversement définis, selon l'insistance sur l'une ou l'autre de leurs dimensions. Lorsque la maladie ne répond plus au traitement curatif, ils ont pour but d'assurer le confort du patient tout en lui évitant le plus possible la douleur (physique, psychologique, spirituelle, religieuse ou autre) ainsi que la meilleure qualité de vie possible pour lui et sa famille. C'est le moins qu'on puisse faire en vertu de la solidarité humaine. On met l'accent sur la qualité de vie plus que sur la quantité de vie, sur le patient plutôt que sur la maladie.

Certains de ces soins palliatifs, notamment les médicaments destinés à contrôler la douleur (recours à la morphine, par exemple) peuvent cependant anticiper le décès d'un patient. Le Collège des médecins de famille du Canada est tout à fait explicite : il ne s'agit pas d'« euthanasie » dans ce cas. « Le patient devrait recevoir tous les soins visant à soulager les symptômes dus à une maladie avancée ou terminale. Même si les soins peuvent involontairement accélérer la mort du patient, ils sont tout à fait acceptables du point de vue éthique et permmissibles au point de vue juridique, à condition que le fait d'infliger la mort ne soit pas délibéré ».

Depuis le XIII^e siècle déjà, les moralistes avaient, à la suite de Thomas d'Aquin (1224-1274), élaboré le « principe du double effet », duquel ont dérivé le « principe de proportionnalité »

« Certains soins palliatifs peuvent anticiper le décès d'un patient. Il ne s'agit pas d'« euthanasie » dans ce cas. »

et le « principe d'intentionnalité » contemporains. Selon ces principes, une action ou une omission sont moralement permises seulement lorsque les effets bons qui en découlent égalent ou dépassent les effets mauvais et que ceux-ci ne sont pas directement voulus. En d'autres termes, il faut une « raison proportionnelle » pour justifier qu'on pose une action qui peut comporter des risques non voulus

En regard de la médecine de fin de vie, que veut-on exactement : faire mourir le patient ou calmer progressivement sa souffrance, quitte à encourir le risque d'anticiper ou de provoquer le décès? On reconnaît maintenant, en éthique et en droit, qu'il est légitime de recourir à des doses de morphine progressivement adaptées au contrôle de la douleur. Il ne s'agit pas, ici non plus, d'euthanasie, parce que l'objectif est de contrôler progressivement la douleur et non pas de provoquer directement le décès d'un patient.

Bref, lorsqu'on parle d'« euthanasie », il faut savoir distinguer les actions médicales qui sont ou qui ne sont pas de l'euthanasie, sinon la confusion des concepts brouille le débat, les sondages et les interventions en matière de conduite en fin de vie.

Le « modèle hollandais » de l'euthanasie

Après des années de débat, les Pays-Bas adoptaient en 2002 un projet de loi sur l'euthanasie. Le « modèle hollandais » a inspiré les États occidentaux dans leur législation. Les conditions sont strictes : (a) les souffrances sont insupportables et sans espoir d'amélioration; (b) la demande est expresse, libre et répétée, du patient lui-même; (c) le patient est pleinement informé de son état, de l'évolution de sa maladie et des autres possibilités de traitements, (d) le consentement obligatoire des parents est requis pour le patient entre 12 et 16 ans ; (e) un autre avis médical est requis; (f) la mort est provoquée médicalement par un médecin ou par le patient, en présence du médecin; etc.

Divers organismes ou auteurs ont cependant observé certains phénomènes dans l'exercice de la pratique hollandaise de l'euthanasie, notamment le Comité des droits de l'Homme



Photo : © Eti Swinford | dreamstime.com

de l'ONU (2009), ou des pratiques non conformes aux critères légaux (patients non mourants, mineurs). La pratique belge a aussi fait l'objet de critiques.

Le « suicide assisté médicalement » est différent de l'euthanasie

L'expression « suicide assisté » doit être entendue au sens d'acte posé par une personne (en fin de vie ou non) avec l'assistance médicale. « L'aide au suicide est définie comme le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en

lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux » (Comité spécial du Sénat du Canada). Ainsi, une personne, incapable de se donner la mort, demande l'aide d'un médecin pour s'enlever elle-même la vie. C'est, en quelque sorte, « une auto-euthanasie ». Au Canada, le cas de Sue Rodriguez (1994) en est une illustration. En Suisse, l'organisation EXIT procure cette aide médicale et fournit les conditions de fin de vie. La Loi de l'État de l'Oregon (*Oregon Death with Dignity Act*, 1994) fait figure de « modèle » en matière de suicide avec aide médicale. Récemment (2009), un bioéthicien américain présentait le « modèle suisse » comme lui étant supérieur.

Le suicide « médicalement » assisté est à distinguer du suicide « privé » assisté. Au Québec, le cas le plus célèbre est celui de S. Dufour (Alma, jugement de Cour 2008) où un neveu procura le moyen de s'enlever la vie à son oncle.

En somme, les concepts d'euthanasie sont hétérogènes en société. Il existe une confusion entre ce qui est de l'euthanasie et ce qui n'en est pas. Les arguments favorables ou défavorables à son égard ne font pas l'unanimité dans la pensée sociale. La société québécoise est présentement divisée et indécise quant à l'acceptation ou au refus de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté.

CONCLUSIONS

1. Le débat doit avoir lieu au Québec pour clarifier la situation, décider en faveur du *statu quo* ou de la décriminalisation de l'euthanasie et de l'assistance médicale

au suicide, ainsi qu'éclairer la pratique médicale en fin de vie.

2. La définition des pratiques médicales constituant ou non de l'« euthanasie » doit être clarifiée par de l'information et de l'éducation, tant dans le public que dans le monde hospitalier, pour qu'un débat puisse se fonder sur les mêmes concepts.

3. Les critères de décision doivent être clairs et tenir compte de la pratique de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté dans les pays qui les ont légalisées pour déterminer les enjeux et les conséquences d'une éventuelle décriminalisation de ces pratiques.

4. Quelle que soit l'issue du débat, elle devra résulter d'un consensus social éclairé, exempt d'émotion exagérée, de pressions lobbyistes indues de promoteurs ou d'as-

sociations militantes, et d'une connaissance éclairée des conséquences du statu quo ou de la modification de la législation.

5. Considérant les enjeux du débat, le consensus doit résulter d'une consultation publique au cours de laquelle institutions, associations et individus se doivent de prendre la parole pour indiquer quelle est leur position.

1 L'ensemble des références relatives à cet article se trouvent dans la section « Mourir dans la dignité » du site Internet de l'AREQ au www.areq.qc.net.

Nous laissons les lecteurs à leur réflexion sur la base de ces cinq éléments fondamentaux à considérer, en souhaitant que cet article ait pu les renseigner adéquatement et les aider, s'ils le souhaitent, à prendre une position éclairée sur la question...

PROJET SIRA SANTÉ

La santé des personnes retraitées

Un poids pour la société?



Pierre Hardy
Conseiller
hardy.pierre@csq.qc.net

Dans le numéro d'octobre-novembre 2009 du magazine *Quoi de neuf*, nous vous informions qu'une enquête serait menée auprès des membres de la FADOQ et de l'AREQ relativement à leur santé et à leurs habitudes de vie. Comme cette enquête est en cours de réalisation, nous sollicitons tous les membres, qui ont reçu ou qui recevront le questionnaire, de bien vouloir le remplir.

Les données cumulées et les informations recueillies dans le contexte d'une



recherche documentaire serviront à démontrer que la santé des personnes âgées n'est pas un poids pour la société. Au contraire, ces personnes sont UNE FORCE POUR LA SOCIÉTÉ en contribuant à son développement, d'abord financièrement, à titre de contribuables qui paient des taxes et des impôts puis, socialement, par leurs actions bénévoles.

Nous vous rappelons que les données seront traitées de façon confidentielle et qu'elles seront détruites à la suite de l'analyse effectuée. Enfin, nous tenons à remercier pour leur collaboration, indispensable à la réalisation de cette enquête, toutes celles et tous ceux qui se prêteront à l'exercice.

« Légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté? »

Références accompagnant l'article rédigé par M. Marcel J. Mélançon, Ph.D., M.Sc., professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Le texte a paru en pages 15 à 23 de l'édition de février-mars 2010 du magazine *Quoi de neuf*, publié par l'AREQ.

La FMSQ dévoile les faits saillants de son sondage. Communiqué de presse, Montréal, le 13 octobre 2009.

<http://www.newswire.ca/en/releases/archive/October2009/13/c6023.html>

La FMOQ dévoile les résultats de sa consultation sur l'euthanasie. Communiqué de presse, Montréal, le 29 octobre 2009.

<http://www.fmoq.org/SallePresse/Communiques/Detail.aspx?dld=167> .

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion.

http://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/Nouvelles/2009/~/_media/AED768B8F3D94A119ED32B787EDE6259.ashx?110920

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Sortir de l'impasse : Une réflexion du Collège des médecins du Québec sur les soins en fin de vie ».

<http://www.newswire.ca/en/releases/archive/November2009/03/c5212.html>

CHAMBRE DES COMMUNES DU CANADA. PROJET DE LOI C384 modifiant le Code criminel (droit de mourir avec dignité). Première lecture le 13 mai 2009.

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Docid=3895681&file=4>

CANADA. CODE CRIMINEL, Art. 241.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ.

<http://www.aqdm.qc.ca/>

MÉLANÇON MJ. « Clarification des concepts et des pratiques concernant le « Mourir dans la dignité ». Dans : « Mourir dans la dignité? », sous la direction de J.-P. Béland, Québec, PUL, 2008, chap. 1, 7-23.

MÉLANÇON MJ. « Confusion et clarification des concepts d' « Euthanasie » et d' « Aide au suicide ». Reflets, AQRP, décembre 2009.

VEATCH R. Death, dying, and the biological revolution : Our last quest for responsibility. New Haven, Yale University Press, 1989.

STOLBERG SD. Human dignity and disease, disability, suffering : A philosophical contribution to the euthanasia and assisted suicide debate. *Humane Medicine*, Vol. 11, n° 4, November 1995, 144-151.

KANT E. *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Traduction V. Delbos, Paris, Librairie Delagrave, 1974.

COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE. De la vie et de la mort. Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1995.

<http://www.parl.gc.ca/35/1/parlbus/commbus/senate/com-f/euth-f/rep-f/LAD-tc-F.HTM>

NANCY B. vs L'HOTEL-DIEU DE QUÉBEC. Canada, Province de Québec, Cour supérieure, NO :200-05-003232-910, 6 janvier 1992.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. Déclaration sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide.

<http://www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/health%20policy/2000%20statement%20concerning%20euthanasia/default.asp?s=1>

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC : AVIS Pour une plus grande humanisation des soins en fin de vie, avril 2003, ANNEXE B : 52-57.

GARCIA JLA. « Double effect », *Encyclopedia of Bioethics*, W.T.Reich, Ed., New York, Macmillan, 1995, vol. 2 : 636-641.

ONU. COMITÉ DES DROITS DE L'HOMME, 96e session, 13-31 juillet 2009.

<http://globalag.igc.org/elderrights/world/2009/euthanasie-PB.htm>

SMITH WJ : Dutch Euthanasia.

<http://www.firstthings.com/onthesquare/2007/04/dutch-euthanasia>

“Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement ». In *Issues in Law and Medicine*, vol. 24, n°3, 2009: 187-218.

OREGON Death with Dignity Act, 1994.

<http://globalag.igc.org/elderrights/world/2009/euthanasie-PB.htm>

ZIEGLER SJ, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Summer 2009. Review in *BIOEDGE*, June 23, 2009.

WARNOCK M, 2008. « If you are demented, you are wasting people's lives, your family lives, and you are wasting the resources of the National Health Service » (2008). (Mary WARNOCK, éminente bioéthicienne, fut présidente du *Warnock Report on in vitro fertilization*, 1984).

<http://www.dailymail.co.uk/news/article-1058404/Old-people-dementia-duty-die-pushed-death-says-Baroness-Warnock.HTML>